

الزام پزشکان و مراکز درمانی به قرارداد با بیمه

نظام پزشکی در راستای مخالفت با اجرای قانون الزام پزشکان به قرارداد با بیمه‌ها از این ماجرا به قرارداد ترکمنچای تعبیر می‌کند همه ما کم و بیش تجربه مراجعه به پزشکان و مراکز درمانی را داریم، اما کمتر کسی هستت که با مراجعه به مطب پزشک توانسته باشد از دفترچه بیمه‌اش استفاده و با بیمه هزینه ویزیت را پرداخت کند. تقریبا همه پزشکان فعال در بخش خصوصی یا بیمه‌ها قرارداد دارند و بسیاری از آنها بر مبنای سلیقه خودشان ویزیت دریافت می‌کنند. حالا معاون درمان وزارت بهداشت طی ابلاغیه‌ای به دانشگاه‌های کشور اعلام کرد، با توجه به تکلیف قانونی وزارت بهداشت در میان و آموزش پزشکی در خصوص اجرای قانون بودجه، صدور و تمدید تمامی مجوزهای قانونی پزشکی ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های یا است. به موجب این قانون، تمامی ارائه‌دهندگان خدمات شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی اعم از دولتی، عمومی و خصوصی ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی یا به هستند. این ماجرا اما با مخالفت جدی پزشکان شاغل در بخش خصوصی و سازمان نظام پزشکی مواجه شده تا جایی که از آن به «قرارداد ترکمنچای» تعبیر کرده‌اند! ■ ■ ■

دفترچه‌های بیمه سال‌هاست به کمترین اعتبار خود رسیده‌اند و در هیچ کجا اعتبار ندارند. حالا در برنامه بودجه ۱۴۰۲ قرار است با تدابیری این اعتبار به دفترچه‌های بیمه باز گردد و مردم وقتی به پزشکان و مراکز درمانی یا می‌گذارند بتوانند با بیمه هزینه‌هایشان را پرداخت کنند. با اجرای بندل تبصره ۱۷ قانون بودجه ۱۴۰۲، صدور و تمدید تمامی مجوزهای قانونی صادر شده حرف و مراکز پزشکی منوط به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه شد. این قانون با هدف رعایت عدالت در سلامت، گسترش نظام ارجاع و کاهش سهم پرداخت بیمه‌شگان ابلاغ و اجرایی شده‌است. همچنین اجرای این قانون از تاریخ ۲ تیرماه ۱۴۰۲ به موجب ابلاغ آن به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کشور لازم‌الاجرا است. این موضوع اما با مخالفت جدی سازمان نظام پزشکی مواجه است.

الزام به قانون با قرارداد ترکمنچای

محمد رئیس‌زاده، رئیس سازمان نظام پزشکی کشور دربارہ عدم قرارداد بیمه‌ها با پزشکان و هشدار سازمان بازرسی کل کشور به پزشکان در خصوص عدم استفاده از بیمه‌های می‌گوید: «قانون این خصوص با سازمان بازرسی و دیوان عدالت مذاکراتی داشته‌ایم. قانون الزام قرارداد با بیمه‌ها نیاز به اصلاح دارد و بیمه‌ها هم با این قانون موافق نیستند.» منصور جعفری نمین، رئیس شورای عالی نظام پزشکی هم در واکنش به این موضوع و عزم نظام سلامت برای به سرانجام رساندن آن است. معاون بهداشت وزارت بهداشت، مشکل اجرای کامل طرح پزشک خانواده را کمیبود بودجه می‌داند، اما با نگاهی موشکافانه‌تر می‌توان دریافت چالش اصلی اجرایی نشدن این طرح عدم همخوانی نظام ارجاع و پزشک خانواده با بدنه نظام سلامت کشور است؛ ناهمخوانی‌هایی با منافع گروه‌های

وی تصریح می‌کند: «در حال حاضر سازمان‌های بیمه‌گر به صورت دستوری عمل می‌کنند، به‌طوری‌که نمونه قراردادی که تهیه کرده‌اند، شبیه به قرارداد ترکمنچای است، یعنی هر آنچه به صلاح خودشان بوده در متن قرارداد دیده‌اند و پزشک را الزام به عقد چنین قراردادی کرده‌اند. ما این قرارداد یک طرفه و دستوری را نمی‌پذیریم.» وی با اشاره به اینکه در حال حاضر سازمان‌های بیمه‌گر مطالبات مراکز پزشکی را به موقع پرداخت نمی‌کنند، می‌افزاید: «با وجود این خطور می‌توان انتظار داشت پزشکان و مؤسسات پزشکی با بیمه‌ها پایه قرارداد ببندند، اما بیمه‌ها در رابطه با پرداخت بدهی‌هایشان تعهدی نداشته باشند؟ همین الان سازمان تأمین اجتماعی بدهی مربوط به سال ۱۴۰۱ را در دو روز قبل (۹ تیر) تسویه کرده‌است، یعنی حداقل با چهار ماه تأخیر. اینها نشان می‌دهد نمی‌توان قراردادی را بست ولی در رابطه با پرداختی‌ها هیچ تعهدی نداشت.»

با تمام اینها اما وزارت بهداشت ظاهر اجرای این تکلیف قانونی جدی است و برخورد با متخلفان را در دستور کار خود قرار داده‌است.

کیوان تاج بخش، مدیر کل نظارت بر خدمات بیمه سلامت سازمان بیمه سلامت ایران، با اشاره به قانون «الزام عقد قرارداد پزشکان و مؤسسات پزشکی با بیمه‌ها» از مکانیزه با سازمان نظام پزشکی و دانشگاه‌های علوم پزشکی در جهت اطلاع‌رسانی به تمامی پزشکان و مراکز پزشکی غیر طرف قرارداد خبر می‌دهد.

وی می‌افزاید: «به تمام استان‌ها اعلام کردیم که اسامی مراکزی را که بنابر نیاز بیمه‌شدگان خود تمایلی به عقد قرارداد با بیمه ندارند، به مراجع مربوطه جهت تصمیم‌گیری اعلام کنند. مکاتباتی نیز در راستای تعدید پروانه تمامی پزشکان شاغل در نظام پزشکی داشتیم، چون با توجه به تمدید قبلی انجام شده، اعتبار پروانه پزشکان تا ۲۱ فروردین ماه امسال بود و برای اس پی از آن تمدید اعتباری انجام نشده‌بود، هر چند برای جلوگیری از بروز اختلال در کار بیمه‌شدگان دسترسی پزشکان به سامانه‌ها قطع نگردیدیم، البته این مکاتبه هنوز پاسخ داده نشده‌است.»

طبق توضیحات تاج‌بخش در راستای اجرای این قانون، سامانه عقد و تمدید قرارداد الکترونیکی نیز طراحی شده‌است که از بهمن ماه سال قبل در استان‌های پایلوت و از ۱۱ دی‌بهشت ماه سال جاری در سراسر کشور آغاز به کار کرده. هدف از طراحی سامانه تسهیل فرایند عقد و تمدید قرارداد الکترونیکی، حذف فرایندهای کاغذی، جلوگیری از تردد فیزیکی افراد به ادارات کل است. از زمان ثبت درخواست پزشک یا مؤسسه در سامانه، ظرف ۲۴ ساعت کاری در خواست در این سامانه تأیید می‌شود.

مدیر کل نظارت بر خدمات بیمه سلامت سازمان بیمه سلامت ایران تأکید می‌کند: «تمامی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت فارغ از نوع مالکیت (خصوصی، عمومی غیردولتی، خیریه، دولتی) موظف به عقد قرارداد با بیمه‌های پایه هستند. نظارت بر مراکزی که از عقد قرارداد خودداری می‌کنند با وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی است.»

به گفته وی تاکنون حدود ۲۰ هزار مطب شخصی، حدود ۱۳ هزار داروخانه، ۹۵۵ بیمارستان و ۵۵ مرکز درمان بباروری در کل کشور اقدام به عقد قرارداد با سازمان بیمه سلامت کرده‌اند و آمار عقد قرارداد از سال گذشته رشد چشمگیری داشته‌است.

خبر کوتاه

■ بزگ‌ترین پرچم سبز علوی با مساحت هزار متر مربع در برج پرچم بوستان طالقانی به اهتزاز درآمد.

■ رئیس سازمان داوطلبان جمعیت هلال احمر از توزیع ۳۰ تن گوشت گرم گوسفندی بین نیازمندان در اعیاد قربان و غدیر خبر داد.

■ شهردار تهران گفت: یکی از مهم‌ترین وظایف شهرداری توجه به ورزش همگانی برای ایجاد شور و نشاط اجتماعی است.

■ مدیر کل همکاری‌های بین‌الملل وزارت بهداشت از ورود سالانه بیش از یک میلیون گردشگر سلامت به ایران خبر داد.

■ معاون آموزش ابتدایی وزارت آموزش و پرورش از آغاز دوره‌های آموزشی توانمندسازی و ارتقای صلاحیت حرفه‌ای آموزگاران مدارس ابتدایی (طرح شهید همت) از مردادماه امسال خبر داد.

■ رئیس گروه بانک خون بند ناف و سلول‌های بنیادی سازمان انتقال خون با تأکید بر اینکه تنها بانک خون بند ناف ارزان‌گن کشور متعلق به این سازمان است و ذخایر سلول‌های بند ناف را در اختیار تمام بیماران قرار می‌دهد، گفت: شش بیمارستان تهران در انجام این کار با سازمان انتقال خون همکاری دارند.

چهارشنبه ۱۴ خرداد ۱۴۰۲ | ۱۶ ذیحجه ۱۴۴۴

جامعه

سرویس اجتماع | ۸۸۹۸۴۴

جوان

روزنامه جوان | شماره ۶۷۹۴

پزشک خانواده قربانی تعارض منافع در نظام سلامت

گردش مالی اقتصاد سلامت موجب‌شده ذینفعان اعمال نفوذ کنند و اجرای پزشک خانواده ابتر بماند

می‌گیرند تا فلسفه و نگاه اصلی برنامه پزشکی خانواده رقم بخورد، اما با تصمیم معاونت بهداشت و توسعه وزارت بهداشت، یک اشتباه استراتژیک و پایهای رقم خورده‌است؛ جذب نیروی تیم پزشکی خانواده از نیروهای طرحی.»

از نگاه این کارشناس نیروی طرحی که حداکثر یک‌ونیم تا دو سال در نظام سلامت ماندگاری است، نگاه این کارشناس نیروی طرحی که حداکثر دارد و بلافاصله با او تسویه می‌شود، هیچ تضمینی هم به قول و قرارها برای ماندگاری او وجود ندارد. در حالی که برنامه پزشکی خانواده یک طرح یک‌ساله نیست و نباید با تصمیمات اشتباه، مسیر غلطی را در پیش گرفت.

از سوی دیگر با در نظر گرفتن جمعیت ۳ هزار نفره تحت پوشش، سرانه ۱۵ هزار تومانی برای هر نفر در نظر گرفته شده که به طور یقین نمی‌تواند برای پزشکان رقم جذابی باشد.

دوباره حکایت تعارض منافع

بابک پورقلیچ، مسئول کمیته حقوقی و بازرس همکاران بنده به عنوان پزشک عمومی در این برنامه ارائه خدمت می‌کنند و بیش از ۱۰ سال است که تمام ایرادات و مشکلات برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع را به وزارت بهداشت منتقل می‌کنند، ولی متأسفانه ارائه‌ای برای رفع این مشکلات نیست.»

به گفته وی سطح‌بندی خدمات بر پایه پزشک خانواده در تمام برنامه‌های توسعه و بودجه سالانه آمده‌است و مسئولان برای اینکه از واقعیات‌شانه خالی کنند، طرح‌های موقتی ارائه داده و شعار می‌دهند و افتتاحیه‌هایی دارند. پورقلیچ تأکید می‌کند: «ما می‌خواهیم این برنامه را اجرا کنیم، ولی به جز بودجه، چالش‌های دیگری با آقایان دارند. تأمین نیروی مورد نیاز است. واقعیت این است که اگر چه در زمان مرضیه وحید دستجردی، وزیر بهداشت دولت‌دهم رشته پزشک خانواده راه‌اندازی شد، اما این رشته تخصصی را از جمله نشد. حالا برای اجرایی کردن برنامه پزشک خانواده باید روی پزشک عمومی یا پزشکان طرحی حساب کرد.»

معاون بهداشت وزیر بهداشت درباره شیوه تأمین نیروی مورد نیاز برای اجرای پزشک خانواده اینگونه توضیح می‌دهد: «ما عمده پزشک‌هایمان را از طریق پزشک‌های طرحی داریم تأمین می‌کنیم و سالانه چیزی بین ۶ تا ۷ هزار از پزشکان طرحی ما وارد سیستم یا از سیستم خارج می‌شوند و قطعا هر سال این اتفاق می‌افتد و ما با توجه به فارغ‌التحصیلانی که طی سال آینده افزایش پیدا می‌کند، ورودی طرح‌های ما بیشتر خواهد شد.» وی در عین حال می‌افزاید: «قطعا

این همه نیازهای ما را برطرف نمی‌کند، ما با این ۶۱۲ هزار نیرو مراکز روستایی‌مان را داریم پوشش می‌دهیم، اما در مراکز شهری از آن خدمات پزشکی که یا استخدام رسمی ما هستند یا مطب ویزیت آنقدر حجم بزرگی است که به طرق مختلف اعمال نفوذ و سعی می‌کنند اجرای پزشک خانواده ابتر بماند.»

از نگاه وی، وقتی این طرح در کشورهای دیگر به طریق صحیح اجرا شده و بازخودهای بسیار خوبی برای سلامت جامعه و اقتصاد سلامت جامعه پذیرفته‌است باید دید ما چه مشکلی داریم که نمی‌توانیم این برنامه را اجرا کنیم؟

وی ادامه می‌دهد: «گر برآورد کنید بسیاری از هزینه‌هایی که بیمه‌ها پرداخت می‌کنند، مربوط به برنامه پزشکی بستری و تصویرراری و پاراکلینیکی است که بخشی از آنها القایی هستند. این هزینه‌ها اگر از طریق برنامه پزشک خانواده هدایت شود، گامی لاین‌دون دیگر تقاضای سطح‌بندی خدمات و مراقبت‌ها تحت‌نظر را مراقبت‌کنند و بداندند سلامت خانواده‌ها چگونه است. بر همین مناسبت که بهروزان در روستاها توانستند یکی از موفق‌ترین طرح‌های بهداشتی جامعه‌محور را رقم بزنند، چراکه جمعیت تحت پوشش خود را شناختند و به صورت دائمی با آنها ارتباط گرفتند خواهد آمد.»

چالش مدیرت‌های اتوبوسی

پزشک خانواده نسخه‌ای است که در بسیاری از کشورهای پیشرفته دنیا هم پیچیده شده و نتایج خوبی هم داشته است. اینکه چرا این نسخه در ایران به درستی اجرا نمی‌شود، تکته‌ای است که رضا ملک‌زاده، وزیر بهداشت دولت سازندگی و معاون تحقیقات و فناوری وزارت بهداشت درباره آن اینگونه اظهارنظر کرده‌بود: «مشکل اجرا نشدن این طرح در بودجه‌اش نبود، بلکه بدنه خود برنامه با نظام سلامت کشور ما همخوانی ندارد. زمان وزارت دکتر پزشکیان، پزشک خانواده کلید خورد، ولی درست زمانی که می‌خواست به جایی برسد، با تغییر مواجه شدیم. یک گروه دیگر آمدند و بعد آن گروه جدید کار را اول شروع کردند و همین‌طور گروه‌های دیگر، در نهایت هم که بودجه داده نشد و هنوز هم تکلیف مردم معلوم نیست!»



گزارش یک

زهر اچیدری

این روزها در حالی نسخه جدید پزشک خانواده در شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر در حال اجراست که این طرح همچنان با اما و اگرهایی مواجه و درگیر و دار بوده و عزم نظام سلامت برای به سرانجام رساندن آن است. معاون بهداشت وزارت بهداشت، مشکل اجرای کامل طرح پزشک خانواده را کمیبود بودجه می‌داند، اما با نگاهی موشکافانه‌تر می‌توان دریافت چالش اصلی اجرایی نشدن این طرح عدم همخوانی نظام ارجاع و پزشک خانواده با بدنه نظام سلامت کشور است؛ ناهمخوانی‌هایی با منافع گروه‌های

محمدباقر حیدری، عضو شورای عالی نظام پزشکی ورود پزشکان عمومی به حوزه زیبایی از حتی یکی از موانع مهم ورود فارغ‌التحصیلان پزشکی عمومی به دوره‌های سخت و پرسنولیت دستیاری عنوان می‌کند و می‌گوید: «یکی از دلایل مهم خالی ماندن صندلی‌های برخی رشته‌های تخصصی امکان درامدزایی قابل‌توجه برای پزشکان عمومی به واسطه ورود به حوزه زیبایی است. وجود تقاضای مناسب فرار جامعه و پرداخت نقد و غیروایسته به سازمان‌های بیمه‌گر نرخ‌شکن و پرتأخیر، مسیری را برای تأمین معاش پزشکان عمومی گشوده و نیاز به ادامه تحصیلات تخصصی و بالاتر از تحت‌الشعاع قرار داده‌است.»

معاون بهداشت: پول نداریم!

۲۰سال زمان خوبی برای اجرایی‌شدن یک برنامه است به خصوص اینکه چیزی نزدیک ۱۱ سال هم از اجرای آن آزمایشی آن در فارس و مازندران می‌گذرد و در شکل منطقی باید نقاط قوت و ضعف کار در آمده‌باشد. با وجود اینکه دولت سیزدهم دوباره موضوع پزشک خانواده را به عنوان یکی از اولویت‌های خود اعلام کرد و برای به سرانجام رساندن این طرح به سراغ زیرساخت‌هایی همچون پرونده الکترونیک رفت. سال گذشته بود که وزارت بهداشت از اجرای برنامه پزشک خانواده برای شهرستان‌های بلالی ۲۰ هزار نفر جمعیت از آزمایشی تست طرحی که حالا به شکلی جسسته‌گریخته اجرایی می‌شود، اما هنوز با اجرای سراسری این طرح و دستیابی به اهداف تعیین‌شده فاصله‌ای معزاد داریم؛ فاصله‌ای که از نگاه معاون بهداشت وزارت بهداشت فقط با تزریق پول و منابع بر می‌شود، اما برخی کارشناسان و صاحب‌نظران اشکال کار را صرفاً در منابع نمی‌بینند و معتقدند این بار هم پای تعارض منافع در میان است!

اجرای طرح با پزشکان طرحی!

طرح پزشک خانواده یعنی الزام به اجرای نظام ارجاع و رعایت به سطح از سوی بیماران؛ سطح اول ارائه خدمات در خانه‌های بهداشت، سطح دوم ارائه خدمات در مراکز درمانی جامع سلامت و سطح سوم ارجاع از مراکز و پایگاه‌های بهداشتی به متخصصان بیمارستان‌ها و کلینیک‌های تخصصی. این طرح از اوایل دهه ۸۰ در روستاها آغاز شد، فاز دوم اجرای نسخه ۰۲ در دو استان پایلوت فارس و مازندران بود و حالا فاز سوم آن از ابتدای دی‌بهشت‌ماه امسال از ۵۹ شهر بالای ۲۰ هزار نفر با بودجه ۲۴۵ هزار میلیارد تومانی آغاز شده‌است. طرحی که این‌بار با استفاده از

پزشکان طرحی در حال اجراست؛ پزشکی که با پایان یافتن طرح به به‌سرراع کار و زندگی خودشان می‌روند تا هدف اصلی اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع که پایش مستمر سلامت گروه تحت مراقبت پزشک خانواده است، ناکام بماند و باروی کار آمدن یک پزشک طرحی دیگر نقطه سر خط…

به اذعان ایرج خسرونیار، رئیس انجمن پزشکان داخلی پزشکان عمومی اما برخی به سراغ مشاغل دیگری همچون ساخت و ساز رفته‌اند و برخی دیگر دلار و ارز دیجیتال خرید و فروش می‌کنند.

البته گروهی هم به مشاغل پردرآمدتری در همین حوزه سلامت روی آورده‌اند؛ مشاغلی چون مراکز ترک اعتیاد یا ورود به کارهای زیبایی همچون تزریق ژل و بوتاکس؛ خلاصه کلام اینکه بعید است هیچ‌یک از این پزشکان با تعرفه‌ای ناچیز پزشک خانواده شوند.



استولیت اجتماعی

حسین سروقامت

۸۹۰

جارو کردنش ناشیانه بود، من پلیسم. صدها پاکبان دیده‌ام... طرف این کاره نیست!

صدایش کردم: «عزیزا به لحظه تشریف بیار... آمد و در حالی که هدفون را از گوشش درمی‌آورد، گفت: «در خدمتم سرکار؛ مشکلی پیش اومده؟»

از نوع برخوردش جا خوردم. پرسیدیم: «چی گوش میدی؟» گفت: «یه کتاب صوتی به زبان انگلیسیه!» کنج‌اکو‌تو شدیم: «انگلیسی؟ موضوعش چیه؟» پاسخ داد: «اقتصادسنجی.»

پرسیدیم: «چرا همچین چیزی رو گوش میدی؟» با خنده گفت: «به ما تمیاد، مطالعه کنیم؟ به خاطر شغلمه.» با تعجب پرسیدیم: «اقتصادسنجی چه ربطی به شغل شما داره؟» گفت من استاد دانشگاهم. دکترای اقتصاد دارم. پدرم پاکبان این منطقه است. گاهی همراه برادرانم که هر دو تحصیلکرده‌اند، جای پدر کار می‌کنیم تا هم کمی استراحت کنند، هم پادمان نرود با چه زحمتی ما را به اینجا رسانده‌است.

بغش کردم. جوانمردا درود به شرفت... از نان حلال جز این انتظاری نیست!

ادراکات

نقیسه امامی / مدیر کمیته ارتباطات جشنواره بین‌المللی فارابی

نوآوری‌های فارابی در جشنواره سیزدهم

علوم انسانی یکی از مهم‌ترین حوزه‌های دانشی در دنیا است که در رشته‌های گوناگون پیشرفت‌های مختلفی کرده‌است، اما همچنان نیازمند تبادلات علمی و رفع موانع و مشکلات مختلف برای توسعه و تحول بیشتر این حوزه علمی هستیم. در ایران جشنواره فارابی تلاشی برای تقویت علوم انسانی در داخل کشور و رونق تبادلات بین‌المللی در این زمینه است.

جشنواره بین‌المللی فارابی همان‌طور که از نامش پیداست، جشنواره‌ای در تراز و قامت بین‌المللی است که بستر شرکت در آن برای همه استادان و پژوهشگران غیرایرانی در حوزه‌های ایران‌شناسی، اسلام‌شناسی و علم دینی فراهم شده‌است؛ امری که باعث گسترش روابط مراکز علمی ایران با دیگر مراکز بین‌المللی و استادان حوزه‌های علوم انسانی در کشورهای مختلف شده‌است.

این جشنواره از بدو تأسیس با تأکید بر بعد بین‌المللی خود، به شناسایی و معرفی استعدادهای برتر جهان در حوزه علوم انسانی و اسلامی، معرفی و ارائه آثار و نظر به‌های برتر، روش‌ها و طرح‌های جدید در حوزه علوم انسانی و اسلامی در میان اندیشمندان غیرایرانی و مجامع علمی خارجی و تشویق تولید، تقویت، توسعه و بومی‌سازی و نیز تحول علوم انسانی در جهان اسلام می‌پردازد.

البته ذکر این نکته ضروری است که تقویت بعد بین‌المللی جشنواره فارابی باید مورد توجه بیشتر قرار گیرد، چراکه ظرفیت حوزه علمی کشور و مراکز مختلف ایران بعد از انقلاب اسلامی گسترش روز افزونی داشته و در این زمینه باید با افزایش تبادلات، این توانمندی‌ها به دانشمندان کشورهای مختلف عرضه شود.

جشنواره فارابی در رصد آن بوده‌است تا به تقویت ایده‌پردازی و طرح‌ریزی برنامه‌های پژوهشی علوم انسانی در سطح بین‌المللی بپردازد؛ فرصتی را فراهم آورد تا با تقویت روح پژوهش و ابتکار در تمام زمینه‌های علمی، فرهنگی و اسلامی، تقویت باور به توسعه‌دانی محور و گسترش دانش در حوزه علوم انسانی در میان پژوهشگران و دانشوران به بار آید.

این جشنواره بین‌المللی علاوه بر موارد فوق، کمک به کاربردی‌سازی علوم انسانی از طریق شناسایی مسئله‌ها و نیازهای جامعه ایران و جهان اسلام و نیز ایجاد فضای مناسب برای حضور فعال علوم انسانی و اجتماعی جمهوری اسلامی ایران در تراز جهانی را از جمله اهداف خود می‌داند.

در این زمینه لازم است تا همه فعالان عرصه علوم انسانی و رسانه‌های دغدغه‌مند به ارائه دیدگاه‌ها و نظریات مختلف خود به این پرسش علمی دهند که جشنواره فارابی به چه میزان در تحقق اهداف خود محقق بوده و اگر موانعی بوده این موانع چیست و ضعف‌های احتمالی چه راه‌حل‌هایی دارند.

جشنواره فارابی در دوره سیزدهم خود تلاش کرده که دست به نوآوری بزند؛ یعنی علاوه بر حوزه‌های ایران‌شناسی و اسلام‌شناسی، توجه ویژه‌ای به حوزه «علم‌دینی» کرد و با نظر به اهمیت آن، معرفی چهره برگزیده در این حوزه را در دستور کار خود قرار داد. همچنین در دوره‌های گذشته بیشترین توجه بخش بین‌الملل جشنواره معطوف به معرفی استادان و پژوهشگران برتر خارجی بوده‌است که در طول سالیان نمادی پژوهش و حیات علمی خود در حوزه‌های مذکور، آثار متعدد و درخور توجهی را تولید کرده‌بودند، لیکن در دوره چهاردهم بنا بر آن گذاشته شد که به آثار و تحقیقات خارجی برتر نیز توجه شود و علاوه بر «شخصیت‌پیشرو خارجی»، از «تحقیق برتر خارجی» نیز تقدیر به عمل آید. همان‌طور که داشتن آثار علمی و مرجع، نوآوری درخوری یا نظریه‌پردازی اثربخش، سابقه مؤثر در بسط و گسترش آموزش عالی، سابقه مؤثر در زمینه‌های پژوهشی و تأثیرگذاری علمی و عملی در مجامع بین‌المللی، از اهم ویژگی‌های «شخصیت‌پیشرو خارجی» در بخش بین‌الملل محسوب می‌شود، اما داشتن مسئله و چارچوب نظری مشخص، روش‌مندی و بینارشته‌ای بودن تحقیق، داشتن رویکرد نقادی دیدگاه‌ها و مکاتب مختلف در حوزه موضوعی تحقیق، داشتن نوآوری در محور در تحقیق، داشتن الگو، نظریه اثربخش یا نظام منسجم (در تحقیقات بنیادی) یا راهکار عملی و اجرایی ناظر به مشکلات موجود از جمله مواردی است که در انتخاب «تحقیق برتر خارجی» مورد توجه قرار می‌گیرد.

علاوه بر موارد مذکور، اعطای «صلح و دوستی» به یک شخصیت علمی در حوزه تقرب بین مذاهب اسلامی نیز در دستور بخش بین‌الملل چهاردهمین جشنواره فارابی قرار گرفته‌است.

گزیده

امضای تفاهنامه همکاری ساخت مسکن نخبگان بین شهرداری تهران و معاونت علمی

معاونت علمی، فناوری و اقتصاد دانش‌بنیان ریاست جمهوری، سازمان نوسازی شهیر تهران، شهرداری منطقه ۲۲ و سازمان املاک و مستغلات شهرداری تهران با امضای تفاهنامه‌های مشترک متعهد شدند در زمینه ساخت مسکن نخبگان همکاری کنند.

براساس تفاهم بین معاونت علمی، فناوری و اقتصاد دانش‌بنیان ریاست جمهوری و شهرداری تهران، طرفین در طرح ساخت و سرمایه‌گذاری مسکن ناظر به ساخت ۵۰۰ واحد مسکونی در اراضی متعلق به شهرداری منطقه ۲۲ و سازمان املاک و مستغلات شهرداری تهران برای تأمین مسکن نخبگان همکاری می‌کنند. هدف تفاهنامه، تولید و عرضه مسکن در راستای قانون جهش تولید مسکن و اهداف قرار‌گاه جهادی تأمین مسکن شهر تهران است.